

El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas

Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin

Lancet 2020; 395: 912–20

Published **Online** February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8) Department of Psychological Medicine, King's College

El brote de enfermedad coronavírica de diciembre de 2019 ha hecho que muchos países pidan a las personas que han estado potencialmente en contacto con la infección que se aíslen en sus casas o en una instalación de cuarentena especializada. Las decisiones sobre cómo aplicar la cuarentena deben basarse en la mejor evidencia disponible. Hicimos una revisión del impacto psicológico de la cuarentena utilizando tres bases de datos electrónicas. De los 3166 documentos encontrados, 24 están incluidos en esta revisión. La mayoría de los estudios revisados informaron de efectos psicológicos negativos, incluyendo síntomas de estrés postraumático, confusión e ira. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos. En las situaciones en que la cuarentena se considera necesaria, los funcionarios deben poner en cuarentena a las personas por un período no superior al requerido, proporcionar una justificación clara de la cuarentena e información sobre los protocolos, y asegurar que se proporcionen suficientes suministros. Los llamamientos al altruismo recordando al público los beneficios de la cuarentena para la sociedad en general pueden ser favorables.

Introducción

La cuarentena es la separación y restricción del movimiento de las personas que han estado potencialmente expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se enferman, reduciendo así el riesgo de que infecten a otros. Esta definición difiere del aislamiento, que es la separación de las personas a las que se ha diagnosticado una enfermedad contagiosa de las que no están enfermas; sin embargo, ambos términos suelen utilizarse indistintamente, especialmente en la comunicación con el público. La palabra cuarentena se utilizó por primera vez en Venecia, Italia, en 1127 con respecto a la lepra y se empleó ampliamente en respuesta a la Peste Negra, aunque no fue hasta 300 años después que el Reino Unido comenzó a imponer debidamente la cuarentena en respuesta a la plaga. Este brote ha hecho que ciudades enteras de China sean sometidas efectivamente a una cuarentena masiva, mientras que a muchos miles de extranjeros que regresan de China se les ha pedido que se auto-aíslen en sus casas o en instalaciones de estatuas. Existen precedentes de tales medidas. También se impusieron cuarentenas urbanas en zonas de China y el Canadá durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) de 2003, mientras que aldeas enteras de muchos países del África occidental fueron puestas en cuarentena durante el brote de Ébola de 2014.

Mensajes clave:

- La información es clave; las personas que están en cuarentena necesitan entender la situación
- La comunicación efectiva y rápida es esencial
- Es necesario proporcionar suministros (tanto generales como médicos)
- El período de cuarentena debe ser corto y la duración no debe cambiarse a menos que en circunstancias extremas
- La mayoría de los efectos adversos provienen de la imposición de una restricción de la libertad; la cuarentena voluntaria está asociada con menos angustia y menos complicaciones a largo plazo
- Los funcionarios de la salud pública deben hacer hincapié en la altruista elección de auto-aislamiento

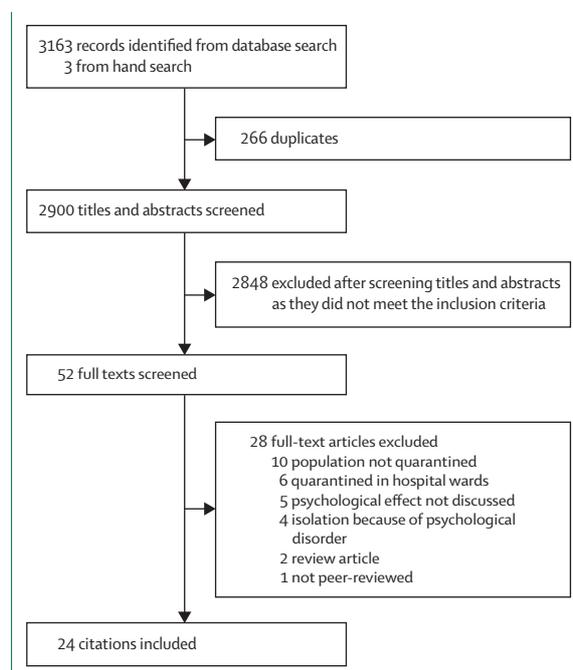
¿Por qué se necesita esta revisión?

La cuarentena es a menudo una experiencia desagradable para los que se someten a ella. La separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos. Se han notificado casos de suicidio, se ha generado una ira considerable y se han presentado demandas tras la imposición de la cuarentena en brotes anteriores. Los posibles beneficios de la cuarentena masiva obligatoria deben sopesarse cuidadosamente frente a los posibles costos psicológicos. El éxito del uso de la cuarentena como medida de salud pública requiere que reduzcamos, en la medida de lo posible, los efectos negativos asociados a ella.

Dada la evolución de la situación del coronavirus, los encargados de formular políticas necesitan urgentemente una síntesis de las pruebas para elaborar una orientación para el público. En circunstancias como éstas, la OMS recomienda la realización de tests rápidos. Se emprendió un examen de las pruebas sobre el impacto psicológico de la cuarentena para estudiar sus posibles efectos en la salud mental y el bienestar psicológico, así como los factores que contribuyen a esos efectos o que los mitigan. De los 3166 trabajos encontrados, 24 se incluyen en este examen (figura). En la tabla se presentan las características de los estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Estos estudios se realizaron en diez países e incluyeron personas con SRAS (11 estudios), Ébola (cinco), la pandemia de gripe H1N1 de 2009 y 2010 (tres), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (dos) y la gripe equina (uno). Uno de estos estudios se relacionó tanto con el H1N1 como con el SARS.

Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Nuestra estrategia de búsqueda se diseñó para informar a esta revisión y a una segunda revisión que se publicará en otro lugar relacionada con la adhesión a la cuarentena. Se hicieron búsquedas en MEDLINE, PsycINFO y Web of Science. La lista completa de términos de búsqueda se encuentra en el apéndice. En resumen, utilizamos una combinación de términos relacionados con la cuarentena (p. ej., "cuarentena" y "aislamiento del paciente") y los resultados psicológicos (p. ej., "psych" y "stigma"). Para que los estudios se incluyeran en esta revisión, debían informar sobre la investigación primaria, ser publicados en revistas revisadas por pares, estar escritos en inglés o italiano (ya que estos son los idiomas que hablan los autores actuales), incluir a los participantes a los que se les pidió que entraran en cuarentena fuera de un entorno hospitalario durante al menos 24 horas, e incluir datos sobre la prevalencia de la enfermedad mental o el bienestar psicológico, o sobre los factores asociados con la enfermedad mental o el bienestar psicológico (es decir, cualquier predictor del bienestar psicológico durante o después de la cuarentena). La búsqueda inicial arrojó 3166 documentos, de los cuales 24 incluían datos pertinentes y se incluyeron en este examen. El proceso de selección se ilustra en la figura:



El impacto psicológico de la cuarentena

Cinco estudios compararon los resultados psicológicos de las personas en cuarentena con los de las personas que no estaban en cuarentena. Un estudio del personal de un hospital que pudo haber estado en contacto con el SARS determinó que inmediatamente después de que terminara el período de cuarentena (9 días), el hecho de haber estado en cuarentena era el factor más predictivo de los síntomas del trastorno de estrés agudo. En el mismo estudio, el personal en cuarentena tenía muchas más probabilidades de informar sobre el agotamiento, el desapego de los demás, la ansiedad al tratar con pacientes febriles, la irritabilidad, el insomnio, la falta de concentración y la indecisión, el deterioro del rendimiento laboral y la renuencia a trabajar o la consideración de la dimisión. En otro estudio, el efecto de estar en cuarentena fue un predictor de los síntomas de estrés postraumático en los empleados del hospital incluso 3 años después. Aproximadamente el 34% (938 de 2760) de los propietarios de caballos puestos en cuarentena durante varias semanas a causa de un brote de gripe equina informaron de un alto grado de angustia psicológica durante el brote, en comparación con alrededor del 12% de la población general australiana. En un estudio en el que se compararon los síntomas de estrés postraumático en padres e hijos puestos en cuarentena con los no puestos en cuarentena se observó que los resultados medios de estrés postraumático eran cuatro veces más altos en los niños que habían estado en cuarentena que en los que no lo estaban. El 28% (27 de 98) de los padres puestos en cuarentena en este estudio informaron de síntomas suficientes para justificar el diagnóstico de un trastorno de salud mental relacionado con el trauma, en comparación con el 6% (17 de 299) de los padres que no estaban en cuarentena. Otro estudio del personal del hospital examinó los síntomas de la depresión tres años después de la cuarentena y encontró que el 9% (48 de 549) de toda la muestra informó de síntomas elevados de depresión. En el grupo con síntomas depresivos altos, casi el 60% (29 de 48) había sido puesto en cuarentena, pero sólo el 15% (63 de 424) del grupo con síntomas depresivos bajos había sido puesto en cuarentena.

En todos los demás estudios cuantitativos sólo se encuestó a los que habían estado en cuarentena y, en general, se informó de una alta prevalencia de síntomas de angustia y trastorno psicológico. Los estudios informaron sobre síntomas psicológicos generales, perturbación emocional, depresión, estrés, mal humor, irritabilidad, insomnio, síntomas de estrés postraumático (basado en Impact Event Scale-Revised de Weiss y Marmar), ira, y agotamiento emocional. El bajo estado de ánimo (660 [73%] de 903) y la irritabilidad (512 [57%] de 903) se destacan por tener una alta prevalencia.

Las personas puestas en cuarentena por estar en estrecho contacto con quienes potencialmente tienen el SRAS25 informaron de varias respuestas negativas durante el período de cuarentena: más del 20% (230 de 1057) informaron de miedo, el 18% (187) de nerviosismo, el 18% (186) de tristeza y el 10% (101) de culpa. Pocos informaron de sentimientos positivos: 5% (48) reportaron sentimientos de felicidad y 4% (43) reportaron sentimientos de alivio. Los estudios cualitativos también identificaron una serie de otras respuestas psicológicas a la cuarentena, como la confusión, el miedo, la ira, la pena, el entumecimiento, y el insomnio inducido por la ansiedad.

En un estudio se compararon los estudiantes universitarios que habían sido puestos en cuarentena con los que no lo habían sido inmediatamente después del período de cuarentena y no se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos en cuanto a los síntomas de estrés postraumático o los problemas generales de salud mental.

Sólo un estudio comparó los resultados psicológicos durante la cuarentena con los resultados posteriores y descubrió que durante la cuarentena, el 7% (126 de 1656) mostraba síntomas de ansiedad y el 17% (275) mostraba sentimientos de ira, mientras que 4-6 meses después de la cuarentena estos síntomas se habían reducido al 3% (ansiedad) y al 6% (ira).

Dos estudios informaron sobre los efectos a más largo plazo de la cuarentena. 3 años después del brote de SARS, el abuso de alcohol o síntomas de dependencia se relacionaron con haber estado en cuarentena en los trabajadores de salud. En el análisis multivariado, después de controlar los factores demográficos, el haber estado en cuarentena y el haber trabajado en un lugar de alto riesgo fueron los dos tipos de exposición significativamente asociados con estos resultados.

Después de la cuarentena, muchos participantes siguieron adoptando comportamientos de evitación. En el caso de los trabajadores de la salud, el hecho de estar en cuarentena se asoció de manera significativa y positiva con comportamientos de evitación, como minimizar el contacto directo con los pacientes y no presentarse a trabajar. Un estudio de personas puestas en cuarentena debido a un posible contacto con el SARS observó que el 54% (524 de 1057) de las personas que habían sido puestas en cuarentena evitaban a las personas que tosían o estornudaban, el 26% (255) evitaban los lugares cerrados con mucha gente y el 21% (204) evitaban todos los espacios públicos en las semanas posteriores al período de cuarentena. En un estudio cualitativo se informó de que varios participantes describieron cambios de comportamiento a largo plazo después del período de cuarentena, como el lavado vigilante de las manos y la evitación de las multitudes y, para algunos, la vuelta a la normalidad se retrasó muchos meses.

Predictores de impacto psicológico antes de la cuarentena

Hubo pruebas contradictorias sobre si las características y la demografía de los participantes eran predictores del el impacto psicológico de la cuarentena. En un estudio de propietarios de caballos puestos en cuarentena a causa de la gripe equina se identificaron varias características asociadas a los efectos psicológicos negativos: una edad más joven (16 a 24 años), niveles más bajos de calificación académica, el sexo femenino y el hecho de tener un solo hijo en lugar de ninguno (aunque el hecho de tener tres o más hijos parecía algo protector). Sin embargo, en otro estudio se sugirió que los factores demográficos como el estado civil, la edad, la educación, la convivencia con otros adultos y el hecho de tener hijos no estaban asociados con los resultados psicológicos.

Los antecedentes de enfermedades psiquiátricas se asociaban con la experiencia de ansiedad e ira 4-6 meses después de liberación de la cuarentena. El personal sanitario que había estado en cuarentena presentaba síntomas más graves de estrés postraumático que los miembros del público en general que habían estado en cuarentena, con una puntuación significativamente más alta en todas las dimensiones. Los trabajadores de la salud también sintieron una mayor estigmatización que el público en general, mostraron más comportamientos de evitación después de la cuarentena, informaron de una mayor pérdida de ingresos y se vieron sistemáticamente más afectados psicológicamente: informaron de mucha más ira, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza, preocupación y se mostraron menos felices. También era mucho más probable que los trabajadores de la salud pensarán que tenían el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y se preocuparan por infectar a otros. Por el contrario, un estudio sugirió que la condición de trabajador de la salud no estaba asociada con resultados psicológicos.

Los factores estresantes durante la cuarentena

Duración de la cuarentena

Tres estudios mostraron que las duraciones más largas de la cuarentena se asociaban con una salud mental más deficiente, concretamente con síntomas de estrés postraumático y comportamientos de evitación e ira. Aunque la duración de la cuarentena no siempre estaba clara, un estudio mostró que los que estuvieron en cuarentena durante más de 10 días presentaban síntomas de estrés postraumático significativamente más altos que los que estuvieron en cuarentena durante menos de 10 días.

Temores de infección

Los participantes en ocho estudios informaron de temores sobre su propia salud o temores de infectar a otros y eran más propensos a temer infectar a miembros de su familia que los que no estaban en cuarentena . Por el contrario, en un estudio¹¹ se comprobó que, aunque muy pocos participantes estaban sumamente preocupados por contraer la infección o transmitir el virus a otros, los que estaban preocupados solían ser las mujeres embarazadas y las que tenían hijos pequeños.

Frustración y aburrimiento

Se demostró con frecuencia que el confinamiento, la pérdida de la rutina habitual y la reducción del contacto social y físico con otras personas causaban aburrimiento, frustración y una sensación de aislamiento del resto del mundo, lo que resultaba angustioso para los participantes.

Suministros inadecuados

Tener suministros básicos inadecuados (por ejemplo, comida, agua, ropa o alojamiento) durante la cuarentena fue una fuente de frustración y siguió estando asociada a la ansiedad y la ira de 4 a 6 meses después de su liberación.

Información inadecuada

Muchos participantes citaron como factor estresante la información deficiente de las autoridades de salud pública, que no informaban de directrices suficientemente claras sobre las medidas que debían adoptarse y la confusión sobre la finalidad de la cuarentena. Después de la epidemia de SRAS de Toronto, los participantes percibieron que la confusión se debía a las diferencias de estilo, enfoque y contenido de los diversos mensajes de salud pública debido a la escasa coordinación entre las múltiples jurisdicciones y niveles de gobierno implicados. La falta de claridad acerca de los diferentes niveles de riesgo, en particular, hizo que los participantes temieran lo peor. Los participantes también informaron de la percepción de una falta de transparencia por parte de los funcionarios de salud y del gobierno acerca de la gravedad de la pandemia. Tal vez relacionado con la falta de directrices o fundamentos claros, la percepción de la dificultad para cumplir los protocolos de cuarentena fue un importante factor de predicción de los síntomas de estrés postraumático en un estudio.

Los estresantes después de la cuarentena

Finanzas

Las pérdidas financieras pueden ser un problema durante la cuarentena, ya que las personas no pueden trabajar y tienen que interrumpir sus actividades profesionales sin planificación previa; los efectos parecen ser duraderos. En los estudios examinados, las pérdidas financieras resultantes de la cuarentena crearon graves trastornos socioeconómicos y se determinó que eran un factor de riesgo de síntomas de trastornos psicológicos y de ira y ansiedad varios meses después de la cuarentena. Esta conclusión está probablemente vinculada a los efectos económicos, pero también podría estar relacionada con la perturbación de las redes sociales y la pérdida de actividades de esparcimiento. En particular, este estudio es excepcional en cuanto a que la ocupación y la exposición son confusas.

Estigma

El estigma de los demás fue un tema importante en todo momento la literatura, a menudo continuando durante algún tiempo después cuarentena, incluso después de la contención del brote. En comparación de los trabajadores de la salud en cuarentena contra los que no estaban en cuarentena, los participantes en cuarentena fueron significativamente más probable que informe de la estigmatización y el rechazo de la gente de sus barrios, lo que sugiere que hay un estigma que rodea específicamente personas que habían sido puestas en cuarentena. Los participantes en varios los estudios informaron de que otros los trataban de manera diferente entendiendo: evitarlos, retirar las invitaciones sociales, tratándolos con temor y sospecha, y haciendo comentarios críticos.

¿Qué se puede hacer para mitigar las consecuencias de la cuarentena?

Durante los principales brotes de enfermedades infecciosas, la cuarentena puede ser una medida preventiva necesaria. Sin embargo, el presente examen sugiere que la cuarentena suele estar asociada a un efecto psicológico negativo. Durante el período de cuarentena este efecto psicológico negativo no es sorprendente, pero la evidencia de que un efecto psicológico de la

cuarentena todavía puede detectarse meses o años después -aunque provenga de un pequeño número de estudios- es más preocupante y sugiere la necesidad de asegurar que se establezcan medidas de mitigación eficaces como parte del proceso de planificación de la cuarentena.

A este respecto, nuestros resultados no proporcionan pruebas sólidas de que los factores demográficos de las partículas sean factores de riesgo de resultados psicológicos deficientes después de la cuarentena y, por lo tanto, requieren una atención específica. Sin embargo, los antecedentes de enfermedad mental sólo fueron examinados como factor de riesgo por un estudio. En la literatura anterior se sugiere que los antecedentes psiquiátricos se asocian con la angustia psicológica después de experimentar cualquier trauma relacionado con un desastre y es probable que las personas con una salud mental deficiente preexistente necesiten apoyo adicional durante la cuarentena. También parece haber una alta prevalencia de estrés psicológico en los trabajadores sanitarios en cuarentena, aunque hay pruebas contradictorias en cuanto a si este grupo tiene un mayor riesgo de sufrir estrés que los trabajadores no sanitarios que están en cuarentena. Para los trabajadores de la salud, el apoyo de los administradores es esencial para facilitar su regreso al trabajo y los administradores deben ser conscientes de los posibles riesgos para su personal que fue puesto en cuarentena para que puedan prepararse para una intervención temprana.

Mantenerlo lo más corto posible

Una cuarentena más prolongada se asocia con resultados psicológicos más deficientes, lo que no es sorprendente, ya que es lógico que los factores estresantes comunicados por los participantes puedan tener un efecto mayor cuanto más tiempo se experimenten.

Restringir la duración de la cuarentena a lo que sea científicamente razonable dada la duración conocida de los períodos de incubación, y no adoptar un enfoque excesivamente precautorio al respecto, minimizaría el efecto sobre las personas. Las pruebas de otros lugares también subrayan la importancia de que las autoridades se atengan a su propia duración recomendada de la cuarentena, y no la amplíen. Para las personas que ya están en cuarentena, es probable que una extensión, por pequeña que sea, exacerbe cualquier sensación de frustración o desmoralización. Imponer un cordón indefinidamente en ciudades enteras sin un límite de tiempo claro (como se ha visto en Wuhan, China) podría ser más perjudicial que los procedimientos de cuarentena estrictamente aplicados y limitados al período de incubación.

Dar a la gente toda la información posible

Las personas que están en cuarentena a menudo temen ser infectadas o infectar a otros. También suelen tener valoraciones catastróficas de cualquier síntoma físico experimentado durante el período de cuarentena. Este temor es común en las personas expuestas a una preocupante enfermedad infecciosa y podría verse exacerbado por la información a menudo inadecuada que los participantes declaran recibir de los funcionarios de salud pública, lo que les impide conocer la naturaleza de los riesgos a los que se enfrentan y el motivo por el que se les pone en cuarentena. Debe ser prioritario garantizar que las personas en cuarentena comprendan bien la enfermedad en cuestión y las razones de la cuarentena.

Proporcionar suministros adecuados

Los funcionarios también deben asegurarse de que los hogares en cuarentena tengan suficientes suministros para sus necesidades básicas y, lo que es más importante, que se les proporcione lo más rápidamente posible. Lo ideal sería que la coordinación para el suministro de los suministros se produjera con antelación, estableciendo planes de conservación y reasignación para asegurar que los recursos no se agoten, lo que lamentablemente se ha notificado².

Reducir el aburrimiento y mejorar la comunicación

El aburrimiento y el aislamiento causarán angustia; se debe aconsejar a las personas que están en cuarentena sobre lo que pueden hacer para evitar el aburrimiento y se les debe proporcionar asesoramiento práctico sobre técnicas de afrontamiento y de gestión del estrés. Tener un

teléfono móvil que funcione es ahora una necesidad, no un lujo, y quienes se bajen de un largo vuelo para entrar en cuarentena probablemente acogerán con agrado un cargador o adaptador más que cualquier otra cosa. La activación de la red social, aunque sea a distancia, no es sólo una prioridad clave, pero la incapacidad de hacerlo está asociada no sólo con la ansiedad inmediata, sino también con la angustia a largo plazo. En un estudio se sugirió que disponer de una línea telefónica de apoyo, atendida por enfermeras psiquiátricas, establecida específicamente para los que están en cuarentena podría ser eficaz para proporcionarles una red social. La capacidad de comunicarse con la familia y los amigos también es esencial. En particular, los medios de comunicación social podrían desempeñar un papel importante en la comunicación con los que están lejos, permitiendo a las personas que están en cuarentena poner al día a sus seres queridos sobre su situación y asegurarles que están bien. Por lo tanto, proporcionar a los que están en cuarentena teléfonos móviles, cables y salidas para dispositivos de carga y redes WiFi robustas con acceso a Internet para que puedan comunicarse directamente con sus seres queridos podría reducir los sentimientos de aislamiento, estrés y pánico .

También es importante que los funcionarios de salud pública mantengan líneas claras de comunicación con las personas puestas en cuarentena sobre lo que deben hacer si experimentan algún síntoma. Una línea telefónica o un servicio en línea establecido específicamente para las personas en cuarentena y dotado de personal sanitario que pueda dar instrucciones sobre qué hacer en caso de que se desarrollen síntomas de la enfermedad, ayudaría a tranquilizar a las personas que serán atendidas si se enferman. Este servicio mostraría a los que están en cuarentena que no han sido olvidados y que sus necesidades sanitarias son tan importantes como las del público en general. No se han estudiado los beneficios de este recurso, pero es probable que la tranquilidad pueda disminuir posteriormente sentimientos como el miedo, la preocupación y la ira.

Hay pruebas que sugieren que los grupos de apoyo específicos para las personas que estuvieron en cuarentena en su casa durante los brotes de enfermedades pueden ser útiles. En un estudio se comprobó que tener un grupo de ese tipo y sentirse conectado con otras personas que habían pasado por la misma situación podría ser una experiencia validadora y fortalecedora y puede proporcionar a las personas el apoyo que podrían descubrir que no están recibiendo de otras personas.

Los trabajadores de la salud merecen una atención especial

El propio personal sanitario suele estar en cuarentena y este examen sugiere que, al igual que el público en general, se ve afectado negativamente por las actitudes estigmatizadoras de los demás. Ninguno de los estudios incluidos en esta revisión se centró en las percepciones de sus colegas, pero esto sería un aspecto interesante. También es posible que el personal sanitario que esté en cuarentena se preocupe por la falta de personal en sus lugares de trabajo y por el trabajo adicional de sus colegas , y que la percepción de sus colegas sea particularmente importante. El hecho de estar separado de un equipo con el que están acostumbrados a trabajar en estrecho contacto podría aumentar la sensación de aislamiento de los trabajadores sanitarios que están en cuarentena. Por lo tanto, es esencial que se sientan apoyados por sus colegas inmediatos. Durante los brotes de enfermedades infecciosas, se ha comprobado que el apoyo organizativo protege la salud mental del personal sanitario en general y los gestores deben tomar medidas para garantizar que sus empleados apoyen a sus colegas que están en cuarentena.

El altruismo es mejor que la obligación

Tal vez debido a las dificultades de diseñar un estudio apropiado, no se encontró ninguna investigación que probara si la cuarentena obligatoria frente a la voluntaria tiene un efecto diferencial sobre el bienestar. Sin embargo, en otros contextos, la sensación de que otros se beneficiarán de la situación de uno puede hacer que las situaciones estresantes sean más fáciles de soportar y parece probable que esto también sea cierto en el caso de la cuarentena domiciliaria. Reforzar que la cuarentena ayuda a mantener seguros a los demás, incluidos los que son particularmente vulnerables (como los muy jóvenes, los ancianos o los que padecen enfermedades graves preexistentes), y que las autoridades sanitarias les están realmente agradecidas, sólo puede ayudar a reducir el efecto sobre la salud mental y la adherencia en los

que están en cuarentena. Es inaceptable pedir a las personas que se auto-cuarenten en beneficio de la salud de la comunidad, cuando al hacerlo pueden estar poniendo en peligro a sus seres queridos.

Lo que no sabemos

La cuarentena es una de las diversas medidas de salud pública para prevenir la propagación de una enfermedad infecciosa y, como se muestra en el presente examen, tiene un considerable impacto psicológico para los afectados. Por ello, cabe preguntarse si otras medidas de salud pública que evitan la necesidad de imponer la cuarentena (como el distanciamiento social, la cancelación de las reuniones masivas y el cierre de escuelas) podrían ser más favorables. Se necesitan investigaciones futuras para establecer la eficacia de esas medidas.

Se deben considerar los puntos fuertes y las limitaciones de este examen. Debido a las limitaciones de tiempo de este Examen, dado el actual brote de coronavirus, la bibliografía examinada no se sometió a una evaluación formal de la calidad. Además, la revisión se limitó a publicaciones revisadas por pares y no exploramos la literatura gris potencialmente relevante. Las recomendaciones que hemos hecho se aplican principalmente a pequeños grupos de personas en instalaciones dedicadas y hasta cierto punto en auto-aislamiento. Aunque prevemos que muchos de los factores de riesgo de resultados psicosociales deficientes serían los mismos para procesos de contención más amplios (como pueblos o ciudades enteros), es probable que haya diferencias claras en esas situaciones, lo que significa que la información presentada en este examen sólo debe aplicarse a esas situaciones con cautela. Además, es necesario considerar las posibles diferencias culturales. Aunque este Examen no puede predecir exactamente lo que sucederá ni ofrecer recomendaciones que funcionen para cada población futura que se encuentre en cuarentena, hemos proporcionado una visión general de las cuestiones fundamentales y de cómo podrían rectificarse en el futuro.

Conclusión

En general, este examen sugiere que el impacto psicológico de la cuarentena es amplio, sustancial y puede ser duradero. Esto no significa que no deba utilizarse la cuarentena; los efectos psicológicos de no utilizar la cuarentena y permitir que se propaguen las enfermedades podrían ser peores. Si la cuarentena es esencial, nuestros resultados sugieren que los funcionarios deben tomar todas las medidas para asegurar que esta experiencia sea lo más tolerable posible para las personas. Esto puede lograrse diciendo a la gente lo que está sucediendo y por qué, explicando cuánto tiempo continuará, proporcionando actividades significativas para que hagan mientras estén en cuarentena, proporcionando una comunicación clara, asegurando que los suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) estén disponibles y reforzando el sentido de altruismo que la gente debería, con razón, estar sintiendo. Los funcionarios de salud encargados de aplicar la cuarentena, que por definición tienen un empleo y por lo general una seguridad laboral razonable, también deben recordar que no todos están en la misma situación. Si la experiencia de la cuarentena es negativa, los resultados de este examen sugieren que puede haber consecuencias a largo plazo que afecten no sólo a las personas en cuarentena sino también al sistema de salud que la administró y a los políticos y funcionarios de salud pública que la ordenaron.

Agradecimientos

La investigación fue financiada por la Unidad de Investigación de Protección de la Salud en Preparación y Respuesta a Emergencias del Instituto Nacional de Investigación Sanitaria (NIHR) del King's College de Londres, en asociación con Salud Pública de Inglaterra y en colaboración con la Universidad de East Anglia y la Universidad de Newcastle. Las opiniones expresadas son las del autor o autores y no necesariamente las del Servicio Nacional de Salud, el NIHR, el Departamento de Salud y Asistencia Social o la Salud Pública de Inglaterra.

Bibliografia:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and isolation. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed Jan 30, 2020).
2. Manuell ME, Cukor J. Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters* 2011; 35: 417–42.
3. Newman K. Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *J Sol Hist* 2012; 45: 809–34.
4. Public Health England. Novel coronavirus (2019nCoV) – what you need to know. 2020. <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/01/23/wuhannovelcoronaviruswhatyouneedtoknow/> (accessed Jan 31, 2020).
5. Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep* 2015; 9: 547–53.
6. Miles SH. Kaci Hickox: public health and the politics of fear. 2014. <http://www.bioethics.net/2014/11/kacihickoxpublichealthandthepoliticsoffear/> (accessed Jan 31, 2020).
7. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313.
8. WHO. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. 2017. <https://www.who.int/alliancehpsr/resources/publications/rapidreviewguide/en/> (accessed Jan 31, 2020).
9. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1055–57.
10. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Raleigh E, TaylorClark K. The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 925–31.
11. Braunack-Mayer A, Tooher R, Collins JE, Street JM, Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health* 2013; 13: 344.
12. Caleo G, Duncombe J, Jephcott F, et al. The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixedmethods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health* 2018; 18: 248.
13. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs* 2005; 22: 398–406.
14. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med* 2017; 178: 38–45.
15. DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror* 2004; 2: 265–72.
16. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1206–12.
17. Jeong H, Yim HW, Song YJ, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health* 2016; 38: e2016048.
18. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARSrelated stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 2005; 61: 2038–46.
19. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 15–23.
20. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 991–98.
21. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003; 168: 1245–51.
22. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol* 2009; 28: 91–100.
23. Pan PJD, Chang SH, Yu YY. A support group for home quarantined college students exposed to SARS: learning from practice. *J Spec Group Work* 2005; 30: 363–74.
24. Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, AlKourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 2015; 10: e0143036.
25. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008; 136: 997–1007.

26. Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 403–07.
27. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after healthrelated disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013; 7: 105–10.
28. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health* 2008; 8: 347.
29. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 75–77.
30. Wester M, Giesecke J. Ebola and healthcare worker stigma. *Scand J Public Health* 2019; 47: 99–104.
31. Wilken JA, Pordell P, Goode B, et al. Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease—Margibi County, Liberia: February–March 2015. *Prehosp Disaster Med* 2017; 32: 673–78.
32. Wu P, Liu X, Fang Y, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol* 2008; 43: 706–12.
33. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 302–11.
34. Yoon MK, Kim SY, Ko HS, Lee MS. System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with posttraumatic emotional distress by MERS: a case report of communitybased proactive intervention in South Korea. *Int J Ment Health Syst* 2016; 10: 51.
35. Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale – revised. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford Press, 1997: 399–411.
36. Person B, Sy F, Holton K, et al. Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 358–63.
37. Alvarez J, Hunt M. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress* 2005; 18: 497–505.
38. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11, 2001. *Depress Anxiety* 2011; 28: 210–17.
39. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *J Occup Environ Med* 2018; 60: 248–57.
40. Rona RJ, Fear NT, Hull L, et al. Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *BMJ* 2007; 335: 603.
41. Rubin GJ, Harper S, Williams PD, et al. How to support staff deploying on overseas humanitarian work: a qualitative analysis of responder views about the 2014/15 West African Ebola outbreak. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7: 30933.
42. Rubin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessely S. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners. *BMJ* 2005; 331: 606.
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
44. Hull HF. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 354–55.

	Country	Design	Participants	Quarantine period	Measures
Bai et al (2004) ¹	Taiwan	Cross-sectional	338 hospital staff	9 days because of contact with suspected SARS cases	Study-specific survey; SARS-related stress survey composed of acute stress disorder criteria according to the DSM-IV and related emotional and behavioural changes
Blendon et al (2004) ²	Canada	Cross-sectional	501 Canadian residents	Length unclear; exposure to SARS	Study-specific survey
Braunack-Mayer et al (2013) ³	Australia	Qualitative	56 school community members	Length unclear; H1N1 influenza	Interview
Caleo et al (2018) ⁴	Sierra Leone	Mixed methods	1161 residents of a rural village; 20 of whom took part in an interview study	Length unclear; entire village on restricted movement because of Ebola	Interview
Cava et al (2005) ⁵	Canada	Qualitative	21 Toronto residents	5–10 days because of SARS contact	Interview
Desclaux et al (2017) ⁶	Senegal	Qualitative	70 Ebola contact cases	21 days because of Ebola contact	Interview
DiGiovanni et al (2004) ⁷	Canada	Mixed methods	1509 Toronto residents	Duration of quarantine was the difference between the incubation period of SARS (taken as 10 days) and the time that had elapsed since their exposure to a SARS patient	Interviews, focus groups, and telephone polls
Hawryluck et al (2004) ⁸	Canada	Cross-sectional	129 Toronto residents	Median of 10 days because of potential SARS exposure	IES-R to assess post-traumatic stress and CES-D to assess depression
Jeong et al (2016) ⁹	South Korea	Longitudinal	1656 residents of four regions in Korea	2 weeks because of contact with MERS patients	GAD-7 to assess anxiety and STAXI-2 to assess anger
Lee et al (2005) ¹⁰	Hong Kong (Special Administrative Region, China)	Mixed methods	903 residents of Amoy Gardens (the first officially recognised site of community outbreak of SARS in Hong Kong) took surveys; 856 of whom were not diagnosed with SARS; 2 of whom were interviewed	Length unclear; residents of a SARS outbreak site	Study-specific survey
Liu et al (2012) ¹¹	China	Cross-sectional	549 hospital employees; 104 (19%) of whom had been quarantined	Length unclear; home or work quarantine because of potential SARS contact	CES-D to assess depressive symptoms and IES-R to assess post-traumatic stress symptoms
Marjanovic et al (2007) ¹²	Canada	Cross-sectional	333 nurses	Length unclear; SARS exposure	MBI-GS to assess burnout; STAXI-2 to assess anger; six study-specific questions to assess avoidance behaviour
Maunder et al (2003) ¹³	Canada	Observational	Health-care workers (sample size unavailable)	10 days voluntary quarantine because of potential SARS contact	Observations of health-care staff
Mihashi et al (2009) ¹⁴	China	Retrospective cross-sectional	187 printing company workers, university faculty members and their families, and non-medicine students	Length unclear; citywide isolation because of SARS	GHQ-30 to assess psychological disorders
Pan et al (2005) ¹⁵	Taiwan	Observational	12 college students	Length unclear; asked to limit interactions outside the home because of potential SARS contact	Observations of a support group for home-quarantined students

(Table continues on next page)

	Country	Design	Participants	Quarantine period	Measures
(Continued from previous page)					
Pellecchia et al (2015) ¹⁶	Liberia	Qualitative	432 (focus groups) and 30 (interviews) residents of neighbourhoods with incidence of Ebola	21 days because neighbourhoods had epidemiological incidence of Ebola	Interviews and focus groups
Reynolds et al (2008) ¹⁷	Canada	Cross-sectional	1057 close contacts of potential SARS cases	Mean 8.3 days; range 2–30 days because of contact with potential SARS cases	IES-7 to assess post-traumatic stress symptoms
Robertson et al (2004) ¹⁸	Canada	Qualitative	10 health-care workers	10 days home quarantine, or continually wearing a mask in the presence of others, or required to attend work but had to travel in their own vehicle and wear a mask, because of SARS exposure	Interviews
Sprang and Silman (2013) ¹⁹	USA and Canada	Cross-sectional	398 parents	Length unclear; lived in areas severely affected by H1N1 or SARS	PTSD-RI Parent Version and PCL-C
Taylor et al (2008) ²⁰	Australia	Cross-sectional	2760 horse owners or those involved in horse industry	Several weeks because of equine influenza	K10 to assess distress
Wang et al (2011) ²¹	China	Cross-sectional	419 undergraduates	7 days; non-suspected H1N1 influenza cases	SRQ-20 to assess general mental health and IES-R to assess post-traumatic stress
Wester and Giesecke (2019) ²²	Sweden	Qualitative	12: six health-care workers who worked in west Africa during the Ebola outbreak and one close contact for each of them	3 weeks because of working in west Africa during the Ebola crisis	Interview
Wilken et al (2017) ²³	Liberia	Qualitative	16 residents of villages who were quarantined	21 days because of living in a village in which someone had died of Ebola	Interview
Wu et al (2008, 2009) ^{24,25}	China	Cross-sectional	549 hospital employees	Length unclear; either because of SARS diagnosis, suspected SARS, or having had direct contact with SARS patients	7 questions adapted from NHSDA to assess alcohol dependence and abuse; IES-R to assess post-traumatic stress symptoms; CES-D to assess depression
Yoon et al (2016) ²⁶	South Korea	Psychological evaluation by professionals	6231 Korean residents	Length unclear; placed in quarantine because of MERS	Questions such as 'for the last 2 weeks or after being in quarantine, do you feel depressed or hopelessness? Do you feel loss of interest in any part of your life?'

SARS=severe acute respiratory syndrome. DSM-IV=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV. IES-R=Impact of Event Scale-Revised. CES-D=Center for Epidemiologic Studies Depression scale. MERS=Middle East respiratory syndrome-related coronavirus. GAD-7=Generalised Anxiety Disorder-7. STAXI-2=State-Trait Anger Expression Inventory. MBI-GS= Maslach Burnout Inventory-General Survey. GHQ-30=General Health Questionnaire-30. IES-7=International Education Standard-7. PTSD-RI=Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index. PCL-C=PTSD Checklist-Civilian version. K10= Kessler 10 Psychological Distress Scale. SRQ-20=Self-Reporting Questionnaire-20. NHSDA=National Household Survey on Drug Abuse.

Table: Study characteristics